

Sociala skillnader i skaderisker bland barn

Aktuell kunskap och åtgärdsbehov

Lucie Laflamme

Skador bidrar i hög grad till de sociala skillnaderna i hälsa som finns bland barn och ungdomar såväl i Sverige som i många andra länder. Skillnader i ekonomiska resurser behöver inte avspeglas i skaderisker och säkerhet, men trots detta visar forskningen att just skador är ett hälsoproblem som visar starkt samband med barns och ungdomars sociala position. Sociala skillnader i skaderisker och i konsekvenser av skador kan uppstå genom att barn och ungdomar i olika socioekonomiska grupper har skilda förutsättningar när det gäller exponering för risker, tillgång till säkerhet, möjlighet att handskas med risker, eller tillgång till hälso- och sjukvård.

Trots att det i dag finns dålig vägledning om hur det framtida förebyggande arbetet bör utformas går det att föra ett resonemang kring olika typer av insatser beroende på vilken mekanism de riktas mot; att minska skillnader i individuell sårbarhet, att minska skillnader i miljöexponering, att förebygga ojämlika konsekvenser av skador, att påverka resursfördelningen i samhället.

Lucie Laflamme är professor i skadeepidemiologi och –prevention vid Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för socialmedicin. Hon leder en forskargrupp som heter ISAC (Injuries' Social Aetiology and Consequences / Skadors sociala orsaker och konsekvenser).

Kontakt: Lucie Laflamme, Karolinska Institutet, Inst. för folkhälsovetenskap, Avd. för socialmedicin, Norrbacka, SE 171 76 Stockholm, 08 737 3776, lucie.laflamme@phs.ki.se

Introduktion

Att skador hör till de vanligaste dödsorsaker under barn- och ungdomstiden är väl känt. Däremot är det mindre känt att skador hör till de hälsoproblem med störst sociala skillnader. Skador inträffar inte bara på grund av tillfälliga faktorer utan också på grund av bakomliggande faktorer, såsom till exempel egenskaper i barns och ungdomarnas levnadsmiljö (1-3). Dessa faktorer anses ha betydelse både till att skador sker och hur skadorna sker.

I denna artikel sammanfattas i stora drag vad vi vet om den sociala fördelningen av barns skador i Sverige. Därefter diskuteras även ett antal tänkbara strategier för prevention och särskilda forskningsbehov.

Kunskapsläget i korthet

Under de senaste åren har ett flertal studier genomförts i Sverige i syfte att belysa i vilken utsträckning risken att skadas under barndomen varierar bland barn från olika sociala grupper (2, 6, 7). De flesta av dessa är nationella och baseras på registerdata, där barn i olika åldrar har kopplats till sina föräldrar och där det finns information om ett antal olika sociala egenskaper i familjen samt uppgifter om hur barnen skadat sig. Både skador som lett till sjukhusvård och dödliga skador har studerats.

I dessa studier har barnens socioekonomiska status genomgående baserats på hushållets status och har klassificerats enligt Statistiska Centralbyråns socioekonomiska indelning (SEI). Hushållets socioekonomiska status bestämdes genom att föräldrarnas respektive position jämfördes och att den högsta positionen användes som indelningsgrund för barnet. Jämförelsegruppen utgjordes i dessa studier genomgående av barn till tjänstemän på mellan- och högre nivå. Övriga grupper var lägre tjänstemän, facklärd arbetare, ej facklärd arbetare, egna företagare (inkl. lantbrukare) och övriga (bl.a. studenter, hemmafruar, förtidspensionerade, långtidsarbetslösa).

Två läsvärda och innehållsrika doktorsavhandlingar har lagts fram vid Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, avdelningen för socialmedicin; Karin Engströms avhandling, om avsiktliga och oavsiktliga skador (2) och Marie Hasselbergs avhandling om trafikskador (7). På uppdrag av Barnsäkerhetsdelegationen gavs även en SOU om sociala skillnader ut under 2002 (6).

Mindre skillnader när barnen är små

Tittar man på riskfördelningen i den yngsta åldersgruppen (0-4 år) konstaterar man att de socioekonomiska skillnaderna är små för de flesta skadetyperna (framför allt fall- och trafikrelaterade skador), med undantag för kategorin övriga oavsiktliga skador som inkluderar bland annat brännskador, förgiftningar och druckningsolyckor.

De små skillnaderna har tillskrivits bland annat det framgångsrika barnsäkerhetsarbete som påbörjades i Sverige i mitten av 60-talet och som riktades bland annat mot ökad produktsäkerhet och inbyggd riskhantering i hemmiljön. Även barnhälsovårdens arbete har varit mycket framgångsrikt.

För vissa skadediagnoser finns inga skillnader

När det gäller fallskador, som är en stor diagnosgrupp finns inga tydliga sociala skillnader. En del av detta beror på att ”fall” som diagnosgrupp är mycket heterogen. På senare tid har vissa studier visat att risken att skadas i specifika grupper av fallolyckor (exempelvis fall från leksaksredskap eller även fall under idrott) kan skilja signifikant mellan olika områden (8).

Skillnader ökar med stigande ålder

Bland äldre barn är socioekonomiska skillnader både i trafik-, våld och självtillfogade skador tydliga. I relativa termer och vid studier av specifika trafikantgrupper finner man tydliga socioekonomiska skillnader i risken att skadas både som fotgängare, cyklist, mopedist, motorcyklist och bilförare. De socioekonomiska skillnaderna ökar när unga kommer i kontakt med motorfordon.

De grupper som framför allt visar stora överrisker är barn till ej facklärd arbetare och barn i den socioekonomiska gruppen ”övriga”. Även barn till lantbrukare och övriga egna företagare har ökade risker när det gäller skador som motorfordonsförare.

Det kan finnas samspel mellan olika familjeegenskaper

Man kan undra om andra sociala och ekonomiska förhållanden i hushållet såsom föräldrarnas födelse-land, socialbidragstagande och ensamstående föräldraskap påverkar sambandet mellan social position i familjen och skaderisker. Några studier har genomförts om detta avseende barn i åldrarna 10 till 19 år (3). De studierna tyder på skilda mekanismer för olika typer av skador. Medan ovannämnda egenskaper i familjen inte spelar roll för effekten av familjens socioekonomiska status på trafikskador spelar de relativt stor roll för avsiktliga skador i form av både självdestruktiv handling och våldsskador. Kontrollerar man för dessa variabler minskar effekten av familjens sociala position markant. Det visar sig att socialbidragstagande spelar störst roll i det avseendet.

Närområde kan spela roll

Barn och ungdomar påverkas av sin fysiska och sociala omgivning både direkt genom att närmiljön kan innebära ökade risker och indirekt genom att deras valmöjligheter begränsas, exempelvis genom en minskad rörelsefrihet. Barnvänliga miljöer i det avseendet är sådana som tillåter barn att uppleva och utforska sin närmiljö samtidigt som de skyddas mot oönskade skador genom så kallade passiva åtgärder.

I internationella sammanhang har områdesbaserade studier genomförts såväl i Kanada, USA och Storbritannien som i Australien och Nya Zeeland (se en sammanställning i 8). Dessa studier har framför allt berört trafikskador, och de visar att strukturella faktorer i den socioekonomiska och fysiska omgivningen på ett väsentligt sätt påverkar barns säkerhet (5). Så till exempel förknippas bostadsområden med mindre gynnsamma socioekonomiska och fysiska förhållanden (exempelvis med trafik med hög hastighet, starkt trafikerade gator och hög trafikvolym) med högre risk att barn skadas som fotgängare eller cyklister än andra bostadsområden (9).

I Sverige har man observerat att befolkningssammansättningen påverkar skaderisker på ett specifikt sätt både vad gäller omfattning och typ av skador. I en studie genomförd i Stockholms län på barn i åldersgruppen 0-15 år har man undersökt i vilken utsträckning befolkningens sammansättning i ett bostadsområde påverkar barns skaderisker (8, se Reimers och Laflammas artikel i detta nummer).

Studien visar att olika grupper av variabler (faktorer) påverkar fördelningen av skaderisker på ett ganska specifikt sätt. Framför allt påverkas risken att skadas som fotgängare under barndomen negativt av en högre koncentration av människor med mindre gynnsamma ekonomiska förhållanden. Samtidigt har detta en ”skyddande effekt” när det gäller andra typer av trafikrelaterade skador. Det påverkar dock inte risken att skadas på andra sätt. Vidare påverkar högre koncentration av människor med låg socioekonomisk status (baserad på inkomst- och utbildningsnivå) inte risken att råka ut för trafik- eller fallskador men ökar risken för brännskador och förgiftningar, liksom – i viss mån – självförvållade skador.

Andra faktorer än befolkningssammansättning som anses ha betydelse för fördelningen av hälsa och säkerhet är befolkningsstruktur, ekonomisk tillväxt, levnadsstandard samt hälso- och sjukvårdsorganisation. Studier har också visat att inkomstskillnader inom länder kan leda till ökade sociala skillnader i dödlighet, vilket förklaras av att stora inkomstskillnader skulle kunna samvariera med begränsade välfärdsinsatser i form av till exempel utbildning och vård.

Det förebyggande arbetet

Skaderisker kan både förhindras och förebyggas. Såväl inbyggd säkerhet (t.ex. trafikseparering och säkrare produkter) som förbättrad konstruktion och miljö (t.ex. i trafiken, hemmet eller på skolan) kan främja säkerheten för alla. Miljöförändrande åtgärder innebär skydd för varje invånare genom insatser som riktas mot hela samhället utan att belasta och utpeka vissa grupper i samhället.

När inte sådana åtgärder är möjliga kräver alternativa strategier en djupare förståelse om mekanismerna bakom sociala skillnader i skaderisker. I de fall där miljö- respektive produktförändringar är för dyra eller inte möjliga på grund av andra skäl krävs det evidensbaserad kunskap för att avgöra vilka av flera möjliga åtgärder som har störst effekt för att förhindra skador eller dess konsekvenser. Ökad förståelse för den sociala bakgrunden till skador kan möjliggöra utjämnande strategier. Det finns få exempel på förebyggande arbete som varit speciellt inriktade på att minska socioekonomiska skillnader i hälsa (10,11). Detta medför också att det saknas utvärderad kunskap inom området.

Trots att det i dag finns dålig vägledning om hur det framtida förebyggande arbetet bör utformas går det att föra ett resonemang kring olika typer av insatser beroende på vilken mekanism de riktas mot (6, 7, 11):

- att minska skillnader i individuell sårbarhet
- att minska skillnader i miljöexponering
- att förebygga ojämlika konsekvenser av skador
- att påverka resursfördelningen i samhället.

Att minska skillnader i individuell sårbarhet

Differentiell sårbarhet pekar på skillnaden i arv eller social bakgrund mellan personer i olika socioekonomisk position. Även på skadeområdet har en del forskning ägnats åt att försöka belysa individuella karakteristika, genetiska eller beteendebetingade faktorer, som skulle kunna medföra en ökad risk för skador hos vissa individer (s.k. ”risktagare” eller ”olycksfåglar”). Studier av denna typ har lett till motsägelsefulla slutsatser och deras användbarhet för skadeförebyggande arbete har visat sig vara begränsad. De största framgångarna har byggt på ett systemtänkande och framför allt fokuserat på produkt- och miljöförbättringar.

Ett annat exempel på förklaringar relaterade till differentiell sårbarhet är när skillnader i ohälsa tillskrivs social bakgrund i termer av bland annat kunskap, ekonomiska resurser eller makt/inflytande. Att personer från olika socioekonomiska grupper tar till sig och tillgodogör sig information på olika sätt är, inom folkhälsovetenskapen, en ofta återkommande förklaring till socioekonomiska skillnader. Denna förklaring kan också ha bidragit till den övertro som vi kan se när det gäller riktad information till särskilda grupper eller områden som en strategi för att utjämna skillnader i skaderisker. Betydelsen av skillnader i konsumtionsutrymme, det vill säga att ha råd med säkerhet, eller när det gäller makt att påverka sina levnadsförhållanden har däremot uppmärksammats i allt för liten omfattning.

För att utjämna de sociala skillnaderna i skaderisk kan det behövas insatser som direkt inriktas på att förbättra säkerheten för de mest utsatta grupperna. Denna typ av förebyggande åtgärder syftar till att minska den individuella sårbarheten för skaderisker (genom att exempelvis skapa färdigheter) snarare än att minska de grundläggande eller strukturella risker för vilka personer exponeras. Exempel på detta är simundervisning i skolan. Ett annat exempel är gratis installation av brandvarnare i mindre privilegierade områden eller utdelning av gratis cykelhjälm till alla barn och ungdomar som bor där. Så kallad ”advocacy”, att vara de resurssvagas språkrör på olika sätt, är också en sådan åtgärd.

Det bör dock uppmärksammas att strategin att välja ut vissa individer som riskbetingade, på grund av att de tillhör en speciell grupp (som ex-

empelvis ensamma föräldrar, arbetare, arbetslösa eller en etnisk minoritet), kan vara stigmatiserande. Detta kan i sin tur ha negativa konsekvenser för såväl den enskilde individen som för samhället.

Att minska skillnader i miljöexponering

Insatser som syftar till att reducera skillnader i miljörelaterad exponering mellan människor från olika socioekonomiska grupper omfattar förebyggande åtgärder, som modifierar och förbättrar den sociala eller den fysiska miljön (t.ex. väl fungerande och tillgänglig kollektivtrafik, reglering av produktsäkerhet, ökad tillgänglighet och underhåll av allmänna platser för rekreation). Insatser av det slaget kan antingen riktas mot speciella grupper vars arbete, boende och närmiljö kan inverka negativt på deras risk att skadas eller mot hela befolkningen.

I ett historiskt perspektiv har lagstiftning om till exempel produktsäkerhet (så som barnsäkra medicinförpackningar och flamsäkert material i sovläder) eller skyddsutrustning i bil (t.ex. säkerhetsbälte) visat sig vara en effektiv metod för minska skador. I motsats till lagstiftning och miljöförändrande åtgärder har information haft liten effekt.

Ansvar för denna typ av förbättringar ligger hos såväl nationella, regionala som lokala myndigheter och institutioner.

Vid sidan av lagstiftning kan även en insats som en väl fungerande kollektivtrafik förbättra säkerheten i samhället, genom att minska exponeringen för bilar och därmed minska risken för att skadas. Det finns anledning att tro att detta också kan leda till andra positiva effekter såsom ökad trygghet och säkerhet i närmiljön.

Att förebygga ojämnliska konsekvenser av skador

Internationella och svenska studier har visat att det finns tydliga skillnader i skadors allvarlighetsgrad mellan olika socioekonomiska grupper. Detta i sin tur pekar på ett behov av att lindra effekterna av skador för hela befolkningen när det gäller vård och rehabilitering.

Vägverkets ”Nollvision” ligger i linje med denna vilja. Nollvisionens syfte är att ingen ska behöva bli dödad eller allvarligt skadad som ett resultat av en vägtrafikolycka. Förebyggande åtgärderna inriktar sig i dessa fall på såväl förändringar i miljön (exempelvis mitträcken, rondeller) som förbättrade produkter (exempelvis bilbarnstolar och krockkuddar).

Att påverka resursfördelningen i samhället

Det har också framhållits att vissa sociala förhållanden (exempelvis hög arbetslöshet, låg investering i utbildning och vård) har negativa konsekvenser för befolkningens hälsa i allmänhet och för de resurssvaga gruppernas

i synnerhet. Bostadssegregation är en möjlig social mekanism i detta sammanhang.

Den fjärde typen av åtgärd, som i hög grad skiljer sig från de andra, är att påverka den sociala strukturen, genom ekonomiska, sociala och utbildningsmässiga insatser, i syfte att minska skillnaderna mellan sociala grupper och på sikt även underlätta den sociala rörligheten.

Forskningsbehov

Hur denna förbättring ska kunna ske i praktiken är oklart på grund av att det saknas kunskap dels om de mekanismer som bidrar till att det finns skillnader i skaderisker, dels om åtgärder som skulle kunna förebygga skillnaderna. Kunskapen om vilken effekt olika typer av förebyggande insatser har för olika sociala grupper är bristfällig. Dessutom finns det få interventioner som speciellt har syftat till att påverka skadors socioekonomiska fördelning. De exempel som finns har inriktats på barnens miljö (i hemmet, i bilen och på lekplatser) och har framförallt fokuserat på föräldrarnas tillsyn av barnen och vilka säkerhetsåtgärder de vidtagit.

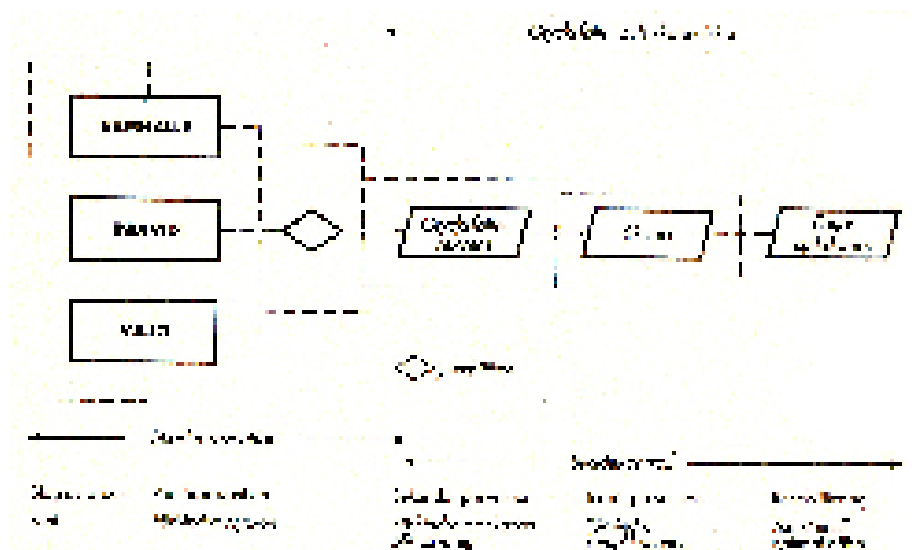
Antalet skador har minskat markant i Sverige, men däremot ser vi i dag tydliga sociala skillnader bland barn och ungdomar när det gäller risken att skadas. Den förklaring som får mest stöd i aktuell internationell forskning är att de sociala skillnaderna reflekterar olika grad av utsatthet (i motsats till benägenhet att bete sig på ett speciellt sätt) bland annat graden av exponering samt bostadsområdets sociala och fysiska karaktär.

Att skaderisken skiljer sig mellan olika grupper i samhället kan bero på att barn och ungdomar i olika socioekonomiska grupper har olika förutsättningar (5):

1. olika tillgång till säkerhet som innebär att vissa grupper exponeras för fler risker i den fysiska och sociala omgivningen (s.k. differentiell exponering);
2. olika förutsättningar att undvika de risker man utsätts för, beroende på möjlighet att motverka – eller handskas med – risker och därmed att undvika olyckor (så kallad differential sårbarhet);
3. olika tillgång till hälso- och sjukvård (behandling och rehabilitering).

Var och en av dessa tänkbara förklaringar är kopplade till olika preventiva strategier. Detta exemplifieras i figur 1 som presenterar samhället, miljön och individen som interaktiva komponenter i ett system, där varje komponent har potential att sätta igång en kedja av händelser eller bidra till att ett olycksfall eller en skada inträffar. Ramen belyser också vilka preventions- och kontrollaktiviteter som förknippas med olika faser i skadeprocessen.

Kunskapen om mekanismerna bakom den sociala fördelningen av skaderisker är bristfällig. I det avseendet är också relationen mellan människor



Figur 1. Referensram för skadeanalys samt skadepreventivt arbete (från Laflamme 1998, s.59)

och deras miljö utforskad. För att det förebyggande arbetet ska fungera tillfredsställande när det gäller att minska skillnaderna är det nödvändigt att forskningen klargör mekanismerna bakom sociala skillnader i skaderisk och varför vissa förebyggande insatser är mer effektiva i vissa sociala grupper än andra. Det är också nödvändigt att öka kunskapen om hur barn och ungdomar från olika sociala grupper exponeras för olika typer av risker.

Ytterligare en brist i kunskapen berör hur den sociala kontexten och individrelaterade faktorer interagerar och påverkar skadornas etiologi (så kallade mekanismer). Behovet av ett sådant underlag är stort inte minst med tanke på det lokala preventiva arbetet.

Referenser

1. Haddon W. The basic strategies for reducing damage from hazards of all kinds. *Hazard Prevention* 1980;16:8-11.
2. Engström K. 2003. Social differences in injury risks in childhood and youth. Exploring the roles of structural and triggering factors. Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap (Doktorsavhandling).
3. Engström K. 1999. Social ojämlikhet i risk för våldsrelaterad skada. Samlad kunskap, forskningsbehov och förebyggande åtgärder. Stockholm, Statens folkhälsoinstitut 1999:23.
4. Diderichsen F, Laflamme L, Hallqvist J, Understanding the mechanisms of social differences in injuries. In Laflamme L, Svanström L, Schelp L (Eds). *Safety Promotion Research. A Public Health Approach to Accident and Injury Prevention*. Stockholm, Department of Public Health Sciences, Di-

- vision of Social Medicine 1999.
5. Laflamme L. Social ojämlikhet i skaderisker. Samlad kunskap och strategier för framtiden. Stockholm, Statens folkhälsoinstitut 1998:32.
 6. SOU. Sociala skillnader i skaderisker. En rapport om den socioekonomiska fördelningen av skador bland barn och ungdomar i Sverige. Barnsäkerhetsdelegationen SOU 2002:68.
 7. Hasselberg M. 2004. The social patterning of road traffic injuries during childhood and youth – National longitudinal register-based studies. Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap (Doktorsavhandling)
 8. Laflamme L. 2003. Närmiljö och skaderisk bland barn och ungdomar. En kunskapsammanställning. Stockholm; Statens offentliga utredningar; Barnsäkerhetsdelegationen, 2003.
 9. Laflamme L, Diderichsen F. Social differences in the traffic-injury risks in childhood and youth – A literature review and a research agenda. *Inj Prev* 2000;6:293-8.
 10. Gepkens A, Gunning-Schepers I.J. Intervention to reduce socioeconomic health differences. A review of the international literature. *Eur J Public Health* 1996;6:218-26.
 11. Downsell T, Towner E. Social deprivation and the prevention of unintentional injury in childhood: a systematic review. *Health Education Research* 2002;17:221-37.

Summary in English:

Social inequalities in injury risks among children and adolescents: current state of knowledge and measures required

Injuries make a major contribution to social inequalities in health among children and young people, both in Sweden and in many other countries. Differences in financial resources do not have to be reflected in levels of injury risk and safety. Nevertheless, research demonstrates that injuries make up a health problem that is strongly associated with children's and young people's social position. Social inequalities in injury risks and in the consequences of injuries may arise because children and adolescents from different social groups face different conditions with regard to exposure to risk, access to safe facilities, the opportunity to manage risk, and the availability of health care.

Despite poor current guidance on how future preventive work should be designed and arranged, it is still possible to discuss and argue about various types of interventions in accordance with the particular mechanisms at which they are targeted. Such reasoning should address differences in personal vulnerability, differences in environmental exposure, the prevention of the socially unequal consequences of injuries, and influencing the distribution of resources in society.

Lucie Laflamme is professor of injury epidemiology and prevention at the Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine at Karolinska Institutet in Stockholm. She is the leader of a research team called ISAC, which stands for Injuries' Social Aetiology and Consequences.

keywords: health equity, injury determinants, injury aetiology, social mechanisms, childhood injuries